

Модуль 2.1. Контактные дерматиты. Токсикодермии. Экзема. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Контактный дерматит - острое воспаление эпидермиса и дермы, возникающее в результате прямого воздействия на кожу экзогенного фактора. Характерно: быстрое появление на месте воздействия и относительно быстрое разрешение после прекращения действия раздражающего фактора. Контактные дерматиты возникают под воздействием облигатных и факультативных раздражителей.

- *Облигатные (безусловные)*
 - 1) физические (высокие и низкие температуры, УФ, рентгеновское, радиационное облучение)
 - 2) химические (кислоты, щелочи, у детей – спирты, эфиры, йод)
 - 3) механические (давление, трение, у детей – в складках)
 - 4) Биологические (крапива, гусеницы, насекомые)
- *Факультативные (условные)*
 - 1) Химические (бытовая химия, косметика, лекарственные препараты для наружного применения)
 - 2) Биологические (растения, насекомые)

Классификация контактных дерматитов:

- Простой контактный (артифициальный) дерматит)
- Контактно-аллергический дерматит

Для простого контактного дерматита характерно:

- Развитие после воздействия облигатного раздражителя
- Патогенетически: повреждение кожи
- Острое начало
- Четкие границы очагов поражения
- Соответствие очагов поражения месту контакта с раздражителем без распространения
- Отсутствие аллергической реакции
- Разрешение после прекращения контакта с раздражителем
- Лечение только местное

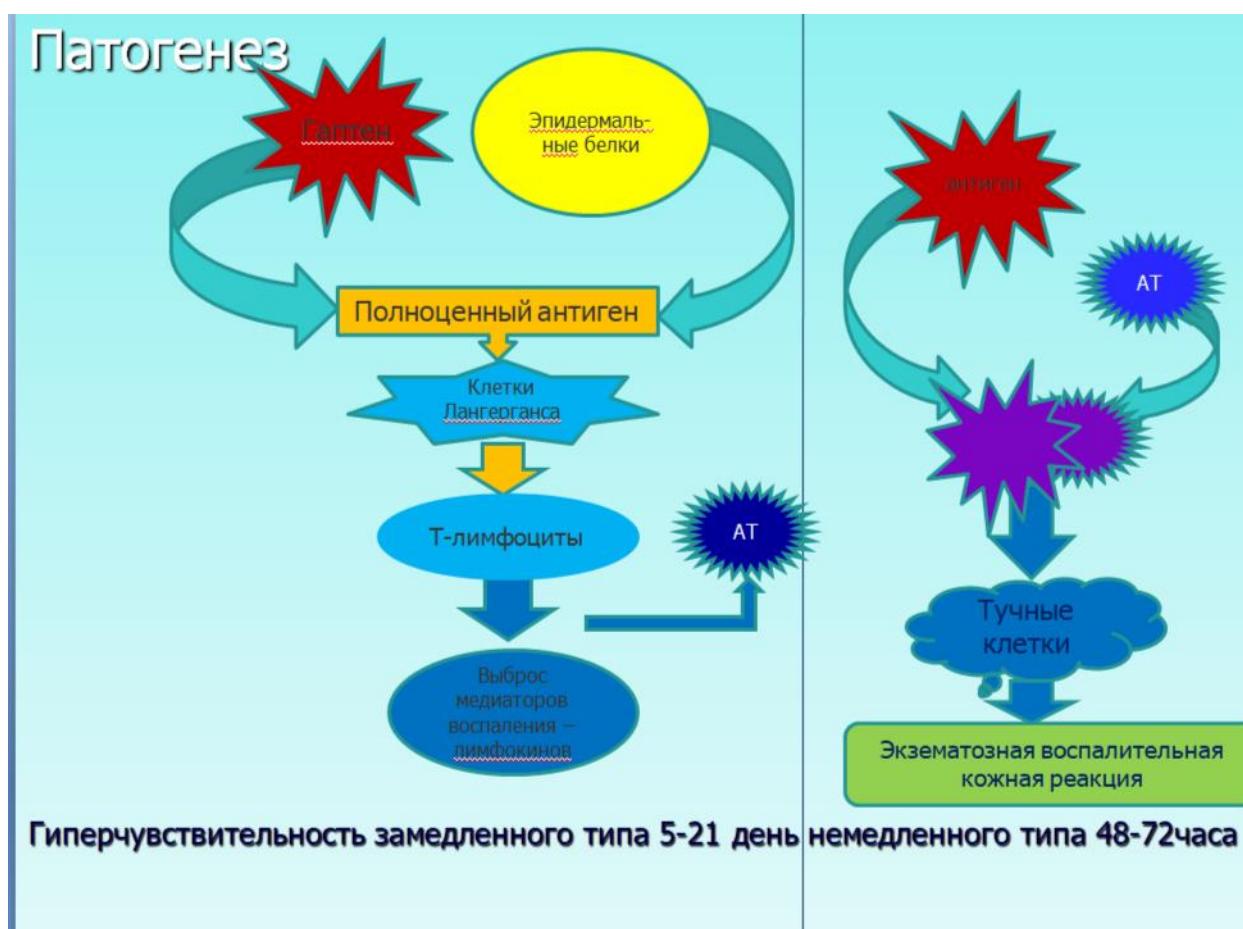
Клиническая картина простого контактного дерматита:

- Эритема
- Пузыри, мацерация, мокнутие
- Язвы вследствие некроза с формированием рубца
- Волдыри
- Клинические проявления зависят от силы раздражителя и времени контакта с ним



Контактно-аллергический дерматит:

- Возникает при наличии моновалентной сенсibilизации после повторного контакта с экзогенным раздражителем
- В основе лежит приобретенная гиперчувствительность немедленно-замедленного типа формируется у лиц с измененной реактивностью, патологией нервно-эндокринной системы
- Причины - аллергенные раздражители: продукты бытовой химии, косметика, мазевые медикаменты, соли металлов и т.д.



Клиническая картина контактно-аллергического дерматита:

- Истинный полиморфизм
- Отечная эритема
- Микровезикулы, эрозии, мокнутие
- Папулы
- Локализация: кожа лица, тыл кистей, шея
- Развивается при повторном попадании аллергена на кожу
- Границы очагов нечеткие
- Высыпания распространяются за пределы места контакта с аллергеном
- Наличие зуда
- При сроке существования более 2 месяцев – трансформация в экзему





Лечение контактно-аллергического дерматита:

- Выявление и устранение аллергена
- Гипоаллергенная диета (ограничение углеводов, соленых, пряных, острых продуктов)
- Антигистаминные препараты
- Гипосенсибилизирующее лечение
- Энтеросорбенты
- Дезинтоксикационная терапия
- Местная терапия в зависимости от клинических проявлений (при мокнущи — примочки, топические глюкокортикостероиды в виде эмульсии, крема, мази)

Токсикодермии (токсидермии, токсико-аллергический дерматит)

- Остро развивающееся воспаление кожи и нередко слизистых оболочек, возникающие в результате действия аллергезирующего, токсического или токсико-аллергического агента, который попадает в кожу гематогенным путем. В организм токсины или аллергены попадают различными путями (перорально, парентерально, ингаляционно). Могут быть фиксированные и распространенные.

Этиология токсидермии

- Лекарственные препараты (пенициллин, новокаин, витамины, НПВС, препараты брома, йода)
- Пищевые продукты
- Производственные и бытовые вещества, обладающие аллергенными или токсическими свойствами

Патогенез токсидермии

Развитие высыпаний ассоциируется с преобладанием $CD4^+$ и $CD8^+$ Т-лимфоцитов, гиперчувствительностью замедленного типа. Время появления реакции на фармакологическое средство составляет от 1 до 21 дня и зависит от предшествующих контактов с этим препаратом (или с препаратами со сходной химической структурой при перекрестной аллергии). Ранняя реакция возникает через 1-3 суток от начала лечения, поздняя — чаще на 9-10-е сутки у несенсибилизированных

пациентов. Реакция на пенициллин иногда наблюдается через 2 недели и более после прекращения его введения.

Классификация токсидермии

- По этиологическому принципу
 - медикаментозные
 - алиментарные (пищевые)
 - профессиональные токсидермии
- При описании токсидермий используют морфологические признаки
 - пятнистая
 - папулезная, пятнисто-папулезная
 - везикулезная
 - буллезная
 - узловатая
 - пигментная
 - пурпурозная
 - буллезно-геморрагическая
- Сравнение с клиническими проявлениями других дерматозов
 - по типу аллергического васкулита
 - по типу многоформной экссудативной эритемы

- По степени тяжести
 - легкая
 - среднетяжелая
 - тяжелая

Пятнистая токсидермия характеризуется следующими признаками:

- Эритематозные, пигментные или геморрагические (пурпурозные) элементы
- Локализуются на туловище, лице, конечностях
- В крупных кожных складках сыпь нередко сливается
- Распространенность высыпаний варьирует от единичных элементов до эритродермии
- Поверхность элементов гладкая, позднее может отмечаться шелушение
- Иногда центр растущего пятна становится бледнее периферии, тогда элементы приобретают вид колец
- Могут быть : инъекция склер, слезотечение, нарушения со стороны ЖКТ, повышение температуры тела до умеренных показателей



Острая крапивница:

- Проявляется эфемерными элементами — волдырями(уртикариями)
- Может сопровождаться отеком Квинке (отек кожи, подкожной клетчатки чаще лица, значительное увеличение губ, языка)



Йододерма или бромодерма

- Наблюдается при использовании галогенных препаратов (йод, бром, фтор, хлор)
- Локализация высыпаний имеет тропизм к участкам кожного покрова, богатым этими железами: лицо, грудь, межлопаточная область



- Йодистые угри — мелкие и обильные, бромистые — крупнее

Везикулезная токсидермия:

- Может быть поражение только ладоней и подошв, имитируя дисгидроз
- Возможна генерализация высыпаний вплоть до эритродермии
- Обильное мокнутие и последующее крупнопластинчатое шелушение
- Появление крупных пузырей
- Локализация преимущественно в складках кожи и на шее
- Формирование эрозий иногда вегетаций



Буллезная токсидермия

Характеризуется образованием на коже пузырей. Тяжелой формой токсидермии является синдром Лайелла.

- Развивается остро через несколько часов или дней после приема лекарственного препарата
- Выраженные симптомы интоксикации
- Вначале диффузная эритема
- В течение 12 часов – массивная отслойка эпидермиса – образование пузырей
- Симптомы «мокрого белья», Никольского, Азбо-Ганзена
- Массивные болезненные эрозии
- Поражение слизистых
- Повышение температуры до 39-41°C
- Нарушение сердечной деятельности, острая патология почек, легких
- Лейкоцитоз, ускорение СОЭ

Синдром Лайелла





Диагностика токсидермий:

- Клиническая картина (генерализованный характер сыпи , полиморфные высыпания, одновременное поражение кожи и слизистых оболочек)
- Тщательно собранный анамнез (наличие сходных симптомов в анамнезе; прием лекарственных препаратов (даже , если прием закончен 1-2 недели назад или их уже давно принимают), употребление необычных продуктов, возможность перекрестной аллергической реакции (диуретические средства (фуросемид, тиазид) – с сульфаниламидами; пенициллин – с полусинтетическими антибиотиками))
- Динамика высыпания (ослабление или исчезновение после прекращения приема подозреваемого лекарства)

Лечение токсидермий:

- Выведение аллергена (мочегонные, слабительные, промывание желудка)
- Дезинтоксикация (инфузионная терапия: физиологический р-р, солевые растворы)
- Энтеросорбенты (акт.уголь, лактофильтрум, энтеросгель, полифепан)
- Антигистаминные препараты (супрастин, тавегил, цитеризины, кларитин, лоратадин)
- Гипосенсибилизирующие (глюконат кальция, тиосульфат натрия)
- Местно: примочки, присыпки, взбалтываемые жидкости, кортикостероидные мази

Лечение тяжелых форм токсидермии:

- Системные кортикостероиды
- При синдроме Лайелла (преднизолон 150 мг и более парентерально), детям 1-5 мг/кг веса
- Анальгетики
- Антибактериальные препараты

Плазмаферез, гемосорбция

Экзема - хроническое , рецидивирующее заболевание нейроаллергического характера , развивающееся в

сенсibilизированном организме под воздействием экзогенных и/или эндогенных факторов, характеризующееся неспецифической воспалительной реакцией эпидермиса и дермы

Этиопатогенез

- Формируется вследствие сложного комплекса нейроэндокринных, метаболических, инфекционно-аллергических, вегето-сосудистых и наследственных факторов.
- Большое значение имеют иммуногенетические особенности организма (ассоциация с антигенами HLA B22 и HLA Cw1)
- Изменения в ЦНС
- Нарушение равновесия между симпатическим и парасимпатическим отделами ВНС (с преобладанием парасимпатических влияний)
- Изменения регуляции деятельности эндокринной системы
- Разнообразные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта
- Нарушение обменных процессов, трофики тканей

Провоцирующие факторы:

- Экзогенные

- *Химические вещества*
- *Бактериальные агенты*
- *Физические факторы*
- *Лекарственные средства*
- *Пищевые продукты*
- **Эндогенные**
- *Стимулирующее воздействие антигенных детерминант микроорганизмов из очагов хронической инфекции (гельминтозы)*
- *Патология внутренних органов (чаще всего ЖКТ)*

Классификация экземы

По клинической картине

- Истинная (идиопатическая)
- Микробная
- Себорейная
- Профессиональная

По типу течения

- Острая
- Подострая
- Хроническая



Клиническая картина

- Локализация различная (чаще открытые участки кожи)
- Симметричное расположение высыпаний
- Начало с появления красных зудящих пятен
- Затем быстро появляются мелкие до булавочной головки пузырьки с серозным содержимым

Истинная экзема острая стадия



- Пузырьки вскрываются, образуя эрозии
- Образуются «серозные колодцы» Мещерского
- Сливаясь, эрозии образуют обширные мокнущие эрозивные участки (мокнутие)
- Характерна изоморфная реакция (появление пузырьков на видимо здоровой коже при ее раздражении)

Истинная экзема острая стадия



- Эрозии подсыхают в корки
- Сохраняются отдельные эрозии
- Имеются папулезные и папуло-везикулезные элементы



Истинная экзема подострая стадия



- В очагах застойная застойная эритема, инфильтрация, лихенификация,
- Поверхность эрозий покрыта корками, чешуйками
- Очаг существует в течение многих месяцев и лет
- Возможно развитие ремиссии

Истинная экзема хроническая стадия



Микробная экзема

- Развивается в результате гиперчувствительности немедленно-замедленного типа к стафилококкам и продуктам их жизнедеятельности
- Нарушения питания кожи (варикозное расширение вен, тромбофлебит, эндартериит)
- Активации патогенной флоры
- Снижении местной иммунологической защиты
- Микробной сенсibilизация

По типу различают околораневую (паратравматическую) и микотическую (сенсibilизация к паразитарным грибам и продуктам их жизнедеятельности)

Клиническая картина микробной экземы

- Начало с пустулы
- Затем отечно-эритематозные пятна с папуло-везикулами, мокнущим , серозно-гнойными корками
- Границы четкие, по краям бахромка отслаивающегося эпидермиса
- В окружности могут появляться остеофолликулиты, фолликулиты, импетиго
- У детей микробная экзема сочетается со стрепто-стафилококковыми инфекциями (отит, ринит, тонзиллит)

Микробная экзема



- Очаги ассиметричны
- Чаще на нижних конечностях
- При нерациональном лечении могут появиться микробиды- полиморфные элементы по типу очагов истинной экземы вдали от основного очага и представляющих собой вторичную аллергическую реакцию

Микробная экзема



Клиническая картина себорейной экземы

- Страдает от 2 до 5 % населения
- Антиген – микробная флора (чаще грибковая Pytyrosporum ovale) или кожное сало
- Нарушение обмена веществ (ожирение, гипергликемия, нарушение функции сальных желез)
- Развивается чаще у грудных детей, в пубертатный и постпубертатный период (20-50 лет)
- Локализация – себорейные зоны (волосистая часть головы, усов, бороды, межлопаточная область, грудь, складки)

Себорейная экзема



- На в/ч головы сухость, шелушение, эритема, бело-желтоватые корки, чешуйки, при снятии которых мокнущая поверхность
- Пустулы , гнойные корки при присоединении вторичной инфекции
- В складках эритема, отек, глубокие мокнущие трещины
- На туловище желто-розовые ифильтрированные пятна , покрытые желтыми жирными чешуйками
- Выраженный зуд
- Улучшение летом, ухудшение - осенью

Себорейная экзема



Клиническая картина профессиональной экземы

- Этиологический фактор- профессиональные и бытовые раздражители
- Большое значение имеет динамика заболевание (проходит в период отпуска)
- Частые причины: красители, соли никеля, хрома (цемент), скипидар, эпоксидные смолы и т.д.
- Предшествует контактно-аллергический дерматит
- Клиника по типу истинной экземы

Профессиональная экзема



Лечение экземы

- Проводится в зависимости от вида, стадии, а также выраженности нейроэндокринных, иммунных, обменных нарушений
- Необходимо санировать очаги фокальной инфекции
- Лечение патологии ЖКТ
- Диета с ограничением легкоусвояемых углеводов (белый хлеб, сладости), экстрактивных веществ (насыщенные бульоны), цитрусовые, цветные газированные напитки, жирные, острые, копченые блюда
- Антигистаминные препараты (супрастин, тавегил, кларитин, диазолин, перитол, фенкарол, цетрин)
- Гипосенсибилизирующие средства (глюконат кальция, тиосульфат натрия)
- Седативная терапия (препараты валерианы, брома, пиона, пустырника, транквилизаторы)
- При выраженной отечности и экссудации 2-3 дня мочегонные (фуросемид, гипотиазид)
- При микробной экземе – антибактериальные препараты, при микотической - антимикотики, при себорейной – средства регулирующие жировой метаболизм (метионин, липамид, эссенциале, очищенная сера
- Физиотерапия: в стадии регресса и при хронической форме УФО, фонофорез с гидрокортизоном,

парафинотерапия, электросон, гальванический воротник, индуктотермия на область надпочечников, криотерапия, радоновые ванны, сероводородные, сульфидные ванны

Наружное лечение экземы:

- При мокнущей: примочки с раствором 2% борной кислоты, 0,25% нитратом серебра, при микробной экземе – с фурациллином, риванолом
- После прекращения мокнутия- пасты (цинковая, паста Лассара)
- Анилиновые красители
- Кремы и мази с кортикостероидами (элоком,
- При хронической экземе мази с нафталаном, ихтиолом, дегтем